

Luzian Verborgen: Freiheitsstrafvollzug und ehelicher Umgang. Ein Vorschlag an die Gesetzgebung. Mschr. Krim. 46, 202—222 (1963).

Verf. legt dar, daß der durch den Vollzug einer Freiheitsstrafe verursachte, außerordentlich tiefgehende Eingriff in das eheliche Leben gegenüber dem unschuldigen Ehegatten „ein Unrecht“ ist und die Gewährung ehelichen Umgangs während des Strafvollzugs „sehr der Vorbereitung der Rückführung des Gefangenen in die Freiheit dienen“ kann. Er zeigt die einschlägigen Regelungen in ausländischen Staaten auf und weist darauf hin, „daß die Zulassung ehelichen Umganges sich wegen ihrer guten Bewährung immer mehr ausbreitet“. Abschließend behandelt er die verschiedenen Lösungsversuche und ihre Problematik (unbeaufsichtigter Besuch in der Strafanstalt, Strafurlaub, Zusammenwohnen in der Strafanstalt).

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

StPO § 231 Abs. 2 (Verhandlungsunfähigkeit als Folge eines Selbstmordversuchs). Hat der Angeklagte sich durch einen Selbstmordversuch in einen Zustand versetzt, der seine Verhandlungsfähigkeit für jeden Tag auf einige Stunden beschränkt, so darf nach deren Ablauf nicht ohne ihn weiterverhandelt werden. (BGH, Urt. v. 5. 11. 1963—5 StR 445/63 [LG Berlin].) Neue jur. Wschr. 17, 261—262 (1964).

Der BGH (NJW 61, 1980) hat sich sonst auf den Standpunkt gestellt, daß ein vorsätzlich herbeigeführter Selbstmordversuch die Verhandlung nicht unterbricht; es kann ohne ihn weiterverhandelt werden. Wie in diesem Falle der Selbstmordversuch durchgeführt wurde, ergibt sich aus der Begründung nicht; doch lagen die Verhältnisse so, daß der Angeklagte nach ärztlicher Auffassung in der Lage war, täglich wenigstens einige Stunden an der Verhandlung teilzunehmen; es handelte sich um einen Beamten, dem eine passive Bestechung in zahlreichen Fällen zur Last gelegt wurde. Der Senat kam zu der Auffassung, daß in diesem Fall die Verhandlung so langsam weitergeführt werden mußte, daß die Gegenwart des Angeklagten möglich war.

B. MUELLER (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

- **M. I. Kasjanov: Komplikationen bei verschiedenen chirurgischen Prozeduren und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung.** Moskva: Gosudarstvennoe izdatelstvo med. Literatury 1963. 188 S. u. 27 Abb. [Russisch.] Geb. R.—83.

Im vorliegenden Buche werden die verschiedensten Komplikationen, die bei einigen medizinischen Eingriffen eintreten können, beschrieben. Die unterschiedliche Methodik der Eingriffe und die entsprechend unterschiedliche forensische Begutachtung wird in allen Einzelheiten erörtert. In einzelnen Kapiteln wird abgehandelt: 1. Subcutane Injektion, Infusionen, Insufflationen; 2. Venenpunktion; 3. Arterienpunktion; 4. Herzpunktion und intrakardiale Injektionen; 5. Pleurapunktion; 6. Lumbal- und Suboccipitalpunktion; 7. Punktions der Bauchhöhle, der Milz und der Leber; 9. Insufflationen, Punktions und Injektionen in den Retroperitonealraum und Organe und Gewebe außerhalb der Bauchhöhle; 10. Knochenpunktion; 11. Gerichtsmedizinische Bedeutung der Komplikation der verschiedenen ärztlichen Eingriffe (mechanische Gewebe- und Organschäden, örtliche Gewebsreaktionen auf mechanische und chemische Einwirkungen). Jedem einzelnen Kapitel ist ein Literaturverzeichnis der wesentlichsten sowjetischen und ausländischen Veröffentlichungen beigefügt. Alle Abschnitte des Buches sind nach einem einheitlichen Plan aufgebaut: 1. Ziel der jeweiligen Maßnahmen (therapeutisch oder diagnostisch); 2. übliche Technik der Durchführung des Eingriffes; 3. Begleiterscheinungen bei Durchführung des Eingriffes; 4. Möglichkeit von Komplikationen und ihre Abhängigkeit von mechanischen, chemischen, infektiösen und anderen Faktoren. Insgesamt handelt es sich um eine ausgezeichnete Darstellung aller bei den verschiedenen abgehandelten Eingriffen vorkommenden Komplikationen und ihrer forensischen Begutachtung.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

- **Carl Bruno Bloemertz: Die Schmerzensgeldbegutachtung. Medizinischer Leitfaden für Ärzte, Juristen und Versicherungsfachleute.** Mit einer Beilage „Erläuterung medizinischer Fachausdrücke“. Berlin: W. de Gruyter & Co. 1964. 152 S. Geb. DM 26.—.

Der Verf. hat sich in dankenswerter Weise der mühevollen Aufgabe unterzogen, die Fragen der Schmerzensgeldbegutachtung monographisch zu bearbeiten. — Nach der Begriffsdefinition und einer geschichtlichen Übersicht wird im speziellen Teil nach Darstellung der Probleme des

körperlichen und seelischen Schmerzes die Praxis der Begutachtung ausführlich dargestellt. Im einzelnen wird eingegangen auf das Schmerzensgeldgutachten in anderen Ländern, die Bezifferung des immateriellen Schadens, das Schmerzensgeldgutachten in der Hand des Richters, Krankheit und Schmerzensgeld, Betriebsunfall und Schmerzensgeld, Wehrdienstbeschädigung und Schmerzensgeld und Bundesentschädigungsgesetz und Schmerzensgeld. Im letzten Kapitel wird das Schmerzensgeldproblem und die Schmerzensgeldbegutachtung in anderen europäischen und außereuropäischen Staaten ausführlich dargestellt. — Das Buch kann jedem Arzt, der sich mit der Schmerzensgeldbegutachtung befaßt, sowohl zum Studium als auch als Nachschlagewerk wärmstens empfohlen werden.

SPANN (München)

L. Agosti-Romero: Encuesta nacional sobre muertes relacionadas con la anestesia. (Rundfrage über Todesfälle im Zusammenhang mit der Anaesthesia in Spanien.) [5. Reun. Nac. de Anesth., Santander, 19.—21. VII. 1961.] Rev. esp. Anest. 10, 107—132 (1963).

Auf eine Rundfrage berichteten 64 Antworten über Zwischenfälle, darunter 161 Tote, unter etwa 300000 Anaesthesien aus den Jahren 1949—1961: 18 durch Irrtümer in der Auswahl oder Technik des Anaestheticums relative Überdosierung im Schock, Pentothal oder Cyclopropan bei Eklampsie, Concretio cordis oder Herzdekompensation. Larynxturnum verhinderten Intubation nach Pentothal und Curare. Die Diagnose Bronchospasmus ist verdächtig auf eine irrtümliche Intubation des Oesophagus statt der Trachea. — In keinem Falle war das Anaestheticum an sich toxisch. — 23mal wurde eine ungewöhnliche Empfindlichkeit des Patienten gegen absolut und relativ kleine Dosen des Anaestheticums angenommen, meist gegen Barbitale, gewöhnlich Pentothal. Möglicherweise war auch manchmal zu schnell injiziert worden. Hier findet sich allerdings auch ein Todesfall nach Punktation, bevor injiziert wurde, und ein viscerokardialer Reflextod. — 27mal wurden Mängel in der künstlichen Beatmung wie falsche Lagerung des Patienten, absolute oder relative Überdosierung der Atmung, Verstopfung, falsche Schaltung verantwortlich gemacht. — 17 weitere Zwischenfälle entstanden durch andere technische und instrumentale Unzulänglichkeiten, darunter auch zwei nachgewiesene Intubationen des Oesophagus. — 16mal trat Asphyxie infolge von Fremdkörpern oder (davon 13mal) Aspiration von Erbrochenem ein. Eine massive Atelektase blieb ätiologisch ungeklärt. — 2mal explodierte ein Äther-Sauerstoff-Gemisch. — 3 Patienten starben gleich nach Einleitung der Anaesthesia, ohne daß eine Ursache gefunden werden konnte. — 23 Patienten waren ungewöhnlich schwer krank, darunter am häufigsten traumatischer Schock, Asystolie und Peritonitis. — 4mal dauerte die Curare-Wirkung zu lange. — Wiederbelebt wurden 11 Patienten vorwiegend nach solchen Zwischenfällen, die durch einen Reflex erklärt wurden. — Als Reflextod wurden weitere drei Todesfälle aufgefaßt.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

Vladimir Frýdl: Tödlicher anaphylaktischer Schock bei Desensibilisierung und bei therapeutischer Dosis von Penicillin. [Aus der pathologisch-anatomischen Abteilung OUNZ Teplitz.] Soud. Lék. 7, 40—44 mit dtsch., franz. u. engl. Zus.fass. (1962) [Tschechisch].

Eine 42jährige Krankenschwester erkrankte wiederholt an allergischen Lidödemen, Konjunktividen und Asthma bronchiale. Wegen des Verdachtes auf Penicillin-Überempfindlichkeit wurde intradermal getestet. Nach 5 min schwere Erscheinungen und Tod im anaphylaktischen Schock trotz intensiver Therapie. Makroskopisch und mikroskopisch an der Injektionsstelle ein kleines Hämatom; es war nicht intradermal, sondern cutan, wenn nicht sogar subcutan gespritzt worden und die Procain-G-Penicillingabe möglicherweise direkt ins Blut gelangt. — In einem anderen Falle erhielt eine 19jährige Bahnangestellte Depotpenicillin wegen einer gynäkologischen Erkrankung, nach 3 Monaten erneut 500000 E Procain-G-Penicillin: Sie wurde binnen 5 min bewußtlos und starb nach 75 min mit Lungen- und Hirnödem.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

K. Bruder: Arzneiverwechslung bei Anaesthesia nach OBERST. Med. Klin. 58, 1929 bis 1930 (1963).

Verf., der Dermatologe ist, vertritt die Auffassung, man solle nicht nur über Erfolge, sondern auch über Zwischenfälle berichten. Bei der Warzenentfernung wurde aus Versehen statt Novocain eine 25%ige Kochsalzlösung in das Operationsgebiet injiziert. Sehr heftige Schmerzen, örtliche Nekrosen. Durch sorgfältige symptomatische Behandlung gelang es, eine völlige Heilung herbeizuführen. Keine Rechtsfolgen.

B. MUELLER (Heidelberg)

P. Spath: Amyloide Lungenschrumpfung bei Röntgenbestrahlung. [Inst. f. Path., Univ., Genf.] Frankfurt. Z. Path. 72, 309—319 (1963).

Klinischer und pathologisch-anatomischer Bericht über eine 62jährige Patientin, bei der vor 2 Jahren wegen Mammacarcinom mit Metastasen nach der Mammaamputation eine intensive Röntgenbestrahlung der rechten Thoraxseite durchgeführt worden war. Kurz vor dem Tod ergab sich röntgenologisch eine stark kollabierte rechte Lunge mit diffuser feinporiger Verdichtung des Hilus und feinstkörniger z. T. netzartiger Zeichnung. Autopsisch fand sich eine hochgradige Schrumpfung der rechten Lunge ohne Anhalt für Metastasen, innerhalb der Schrumpfungsherde eine ausgedehnte Amyloidose der kleinen Bronchus- und Gefäßäste. In der rechten Lunge eine nur unbedeutende Amyloidose, geringe Amyloidablagerungen vom vasculären Typ in Leber, Milz, Herz und Nebennieren. Die quantitative Bevorzugung der rechten Lunge wird auf die Röntgenbestrahlung zurückgeführt und das Vorkommen verschiedener Arten der Lungen-Amyloidose diskutiert.

SCHNEIDER (Stuttgart)^{oo}

PatG § 7 (Vorbenutzungsrecht; hier: Tierversuche mit einem nach einem neuen chemischen Verfahren hergestellten Arzneimittel — Taxilan). Versuche mit einer Erfindung, die nach der Erlangung des Erfindungsbesitzes angestellt werden, können nur dann als „zur Inbenutzungsnahme der Erfindung erforderliche Veranstaltungen“ angesehen werden und ein Vorbenutzungsrecht im Sinne des § 7 Abs. 1 PatG begründen, wenn sie den bereits gefaßten Entschluß, die Erfindung gewerbsmäßig zu benutzen, durch Vorbereitung der Benutzung in die Tat umsetzen. Tierversuche mit einem nach einem neuen chemischen Verfahren hergestellten Arzneimittel, die nach der Erkenntnis seiner hauptsächlichen pharmazeutischen Eigenschaften fortgesetzt werden, um die Möglichkeit seiner Anwendung am Menschen zu klären, erfüllen diese Voraussetzung nicht, wenn sie dazu dienen, den Willen zur gewerblichen Benutzung der Erfindung für die Humanmedizin erst zu bilden. (BGH, Urt. v. 21. 5. 1963 — Ia ZR 84/63, München.) Neue jur. Wschr. 16, 2370—2372 (1963).

Kann der Entschluß zur fabrikationsmäßigen Herstellung eines neuen Heilmittels mit einem neuen Verfahren erst nach hinreichender Klarstellung der Nebenwirkungen auf den lebenden Organismus gefaßt werden? Diese wichtige Frage wurde vom Berufungsgericht bejaht, vom Revisionsgericht aber offen gelassen.

Gg. SCHMIDT (Erlangen-Nürnberg)

M. Kohlhaas: Aktuelle strafrechtliche Fragen des Arztes unter besonderer Berücksichtigung des ärztlichen Kunstfehlers und der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Therapiewoche 13, 1130—1133 (1963).

Verf., von Beruf Bundesanwalt, der Arztsohn ist und sich gern mit dem Arztrecht beschäftigt, gibt einen interessanten Überblick mit eindrucksvoller Kasuistik: Ein Arzt hatte aufgrund eines Druckfehlers die zehnfache Dosis eines neuartigen Mittels verordnet und dadurch den Tod des Patienten herbeigeführt. Das zuständige Gericht legte ihm zur Last, daß er bei Anwendung dieses neuartigen Mittels sich die beigegebene Literatur nicht genauer angesehen hatte. Es gilt als nicht zulässig, ohne eigene Diagnose therapeutische Maßnahmen zu veranlassen; man darf sich auch nicht blind auf die Diagnose anderer Ärzte verlassen. Besonders gefährlich sind Ferndiagnosen, womöglich aufgrund fermündlicher Mitteilungen der Angehörigen des Kranken. Jeder Mensch ist verpflichtet, in Notfällen Hilfe zu leisten. Als Unfälle gelten auch akute schwere Erkrankungen und plötzliche Verschlimmerungen einer schon bestehenden Erkrankung. Die Pflicht zum Tätigwerden eines Arztes entfällt nur dort, wo ausreichende andere Hilfe vorhanden ist. Wenn beim Eintreffen des Arztes eine Hilfe nicht mehr möglich war, so ist dies keine Entlastung; es kommt darauf an, ob im Augenblick, in dem das Ersuchen an den Arzt herantrat, noch Hilfe möglich gewesen wäre. Umstritten ist ein Urteil, das darauf beruhte, daß ein Arzt, der in der Freizeit am Unfallort vorbeikam, bestraft wurde, weil er den nur leicht blutenden Verletzten nicht zum Krankenhaus mitnahm. Wird ein Krankenhausarzt um Hilfe gebeten, weil ein praktizierender Arzt nicht zur Verfügung steht, so gehört dies in das Gebiet der Güterabwägung, wieweit der Krankenhausarzt seine Patienten im Stiche lassen konnte. Kein Arzt kann von der Polizei gezwungen werden, Blutproben zu entnehmen. Gezwungen werden könnte er höchstens durch Gerichtsbeschuß, dazu kommt es aber praktisch nicht. Man kann Ärzten, die schnell zum Patienten fahren müssen, nicht grundsätzlich das blaue Licht geben. Parkt

ein Arzt unter diesen Umständen vorschriftswidrig, so kann man ihm übergesetzlichen Notstand zubilligen; dies gilt auch für Geschwindigkeitsüberschreitungen. Handelt es sich aber um routinemäßige Besuche, so wird der Arzt als Verkehrsteilnehmer kein Vorrecht beanspruchen können. Ein Arzt war nach einem Verkehrsunfall davon gefahren mit der Begründung, er müsse einen eiligen Besuch machen; er hatte auf seine Autonummer verwiesen. Dieser Einwand wurde ihm nicht abgenommen, da vielfach später behauptet wird, der Wagen sei von einem anderen mit oder ohne Erlaubnis benutzt worden. Nach Meinung des Gerichtes war es dem Arzt zuzumuten, der Polizei schnell seine Kennkarte hinzuhalten. — Die geschilderten Fälle sind durch exakte Literaturangaben belegt.

B. MUELLER (Heidelberg)

R. Schmelcher: Arztrechtliche Kurzinformationen. Therapiewoche 13, 1149—1151 (1963).

Aus dem Zivilrecht: Wenn bekannt ist, daß Medikamente (hier Resorcin) allergische Zustände hervorrufen oder fördern, ist der Arzt verpflichtet, nach allergischen Antecedenten ausdrücklich zu fragen; er darf sich nicht darauf verlassen, daß der Patient ihm von sich aus einschlägige Mitteilungen macht. — Beim Gebrauch von Neomycin ist vorher eine Resistenzprüfung vorzunehmen. Auch sonst besteht bei der Anwendung gefährlicher Antibiotica Aufklärungspflicht, nicht etwa nur vor Operationen. — Butozolidin war an falscher Stelle in die linke Gesäßhälfte gespritzt worden. Es kam zu einer Lähmung des linken Beines mit lang anhaltenden Schmerzen. Der Arzt wurde zu Schadenersatz verurteilt. — Luminal wurde intramuskulär in den Unterarm gespritzt. Infolge abnormer Verzweigung von Gefäßen entstand ein gefährlicher Zustand, der Arzt wurde verurteilt. — Bei einem Kinde wurde ein Blutschwamm bestrahlt, es kam zu einer Röntgenschädigung, später zu Wachstumsstörungen im Bereich des rechten Oberschenkelknochens. Die Entschädigungsklage wurde abgewiesen, weil nach Meinung des Sachverständigen über derart eingreifende Schäden nichts bekannt war. — Der Krankenhausarzt darf auch bei Bettentmangel den Patienten nicht allzu frühzeitig in ambulante Behandlung zurückverweisen. Bei Fehlbeurteilungen nach dieser Richtung ist er für den Schaden haftpflichtig. — Aus dem Berufsrecht: In dringenden Fällen ist der Arzt auch während der Sprechstunde zum Hausbesuch verpflichtet (Urteil des Berufsgerichtes Schleswig-Holstein vom 10. 4. 62). — Aus dem Strafrecht: Lumbal- und Occipitalpunktionen sind duldungspflichtig, wenn die Schwere der Straftat diesen Eingriff rechtfertigt. Bei Bagatelldelikten kann Duldungspflicht nicht bejaht werden (Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 10. 6. 63). — Der Arzt ist nicht verpflichtet, Schulmedizin zu betreiben, er kann auch andere Verfahren anwenden. Doch darf dadurch der Patient nicht geschädigt werden. — Aus dem Versicherungsrecht: Nach Meinung des Oberlandesgerichts Köln (Versicherungsrecht 1962, S. 1189) muß bei der Untersuchung für Lebens- oder Haftpflichtversicherungen der Arzt vom Patienten ausdrücklich vom Berufsgeheimnis befreit werden. Eine formularmäßige Mitteilung, nach welcher der Arzt vom Berufsgeheimnis befreit sei, genügt an und für sich nicht.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. Hinderer: Zur Aufklärungspflicht des Arztes. [Inst. f. Strafrecht, Univ., Halle-Wittenberg.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 18, 2212—2213 (1963).

Allgemeine Ausführungen eines Strafrechters ohne konkrete Beispiele. Die Aufklärungspflicht des Arztes ist keine grenzenlose, der Zustand des Patienten muß berücksichtigt werden, der Arzt hat das Recht zu vermeiden, daß dem Kranken Aufregungen, die seinen Zustand gefährden, erspart bleiben. Das entscheidende Gespräch soll nicht im Operationssaal kurz vor dem Eingriff geführt werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

W.-S. Kierski: Rechtsprechung und ärztliche Aufklärungspflicht. Med. Klin. 59, 152—155 (1964).

Verf. referiert über die Entscheidung des BGH vom 28. 6. 63 4 StR 202/63 [s. diese Z.: SCHMELCHER, Dtsch. med. Wschr. 88, 2311 (1963)]. In einem Zivilstreit (Kammergericht Berlin vom 29. 4. 63, 16 U 974/62) wurde ausgesprochen, daß der Arzt den Patienten nur auf typische Gefahren hinzuweisen braucht. Ein Keilbeinmeningiom mußte entfernt werden. Die Narkose dauerte $6\frac{1}{2}$ Std, die Operation ging mit hohem Blutverlust einher. Die Ärzte transfundierte fünf Blutkonserven. Die Patientin war vorher unterkühlt worden, bei der Wiedererwärmung der ausgebluteten Kranken entstanden Verbrennungsschäden an einer Hand. Die Schadenersatzklage wurde abgewiesen, weil der Arzt diesen Schaden, der ungewöhnlich ist, nicht voraussehen konnte.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 823, 847 (Einwilligung in kosmetische Operation). a) Bei einem erheblichen körperlichen Eingriff, der aus kosmetischen Gründen erfolgt, ist das Für und Wider

sorgfältiger abzuwägen als bei einem Zustand, der das Leben des Patienten augenblicklich und unmittelbar bedroht. b) Die Einwilligung in eine solche Operation ist nur wirksam, wenn der Arzt dem Behandelten die Gründe und Gegengründe eingehend auseinandersetzt und ihm Gelegenheit zu ruhiger Überlegung gibt. (OLG Düsseldorf, Urt. v. 20. 12. 1962 — 8 U 9/62.) Neue jur. Wschr. 16, 2374 (1963).

H. Ballhorn: Ist ein Arzt berechtigt, die Erziehungsberechtigten über die Behandlung Minderjähriger in Abortfällen zu unterrichten? Med. Klin. 58, 885—886 (1963).

In der Dtsch. med. Wschr. 1962, 1119 wurde über die Pflicht und das Recht des Arztes zur Unterrichtung des Erziehungsberechtigten minderjähriger Geschlechtskranker berichtet. Darüber hinaus ist es für den Arzt wichtig zu wissen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange er berechtigt ist, die Erziehungsberechtigten im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Minderjährigen in Abortfällen aufzuklären, zumal — soweit ersichtlich — weder Literatur noch Rechtsprechung zu dieser Frage im einzelnen Stellung genommen haben. Ein Recht des Arztes, den Erziehungsberechtigten Auskunft über den Krankheitsbefund und Einzelheiten der Behandlung zu erteilen, besteht sicherlich dann, wenn ihn der Minderjährige von seiner Schweigepflicht entbunden hat. Die Entbindungserklärung ist keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung, die nur von Vollgeschäftsfähigen wirksam abgegeben werden könnte. Es kommt nach heute herrschender Ansicht vielmehr allein auf die konkrete Urteils- und Einsichtsfähigkeit des Betreffenden an. Ob der Arzt aber auch gegen den erkennbaren Willen des Minderjährigen zur Auskunftserteilung berechtigt ist, kann nur unter Beachtung nachfolgender Gesichtspunkte entschieden werden. Eine unbefugte Offenbarung eines Geheimnisses liegt nicht vor, wenn die Offenbarung — trotz fehlender Einwilligung des Minderjährigen — zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Daraus folgt, daß der Arzt in jedem Falle zunächst gewissenhaft das Interesse des Minderjährigen an der Geheimhaltung mit einem möglicherweise konkurrierenden schutzwürdigen Rechtsgut abwägen muß. In Frage kommt hier als höherwertiges Rechtsgut das Erziehungsrecht der Eltern oder des Vormundes. Das Erziehungsrecht ist nicht immer dem Interesse des Minderjährigen an Geheimhaltung vorrangig. Nur unter folgenden Voraussetzungen wird der Arzt unbedenklich das Erziehungsrecht höher einstufen dürfen als das Recht des Minderjährigen an Geheimhaltung. Der Minderjährige ist noch nicht selbständig, sondern steht unter der vollen Obhut der Erziehungsberechtigten. Das gilt grundsätzlich für die Gruppe der Minderjährigen im Alter von 14—16 Jahren, in aller Regel auch für die 16 bis 18jährigen. Der ärztliche Befund läßt unter Berücksichtigung der Persönlichkeit der Minderjährigen auf seine sittliche und gesundheitliche Gefährdung schließen. Hier kann sich der Arzt über das Verlangen des Minderjährigen, den Erziehungsberechtigten keine Mitteilung über Einzelheiten des Befundes und der ärztlichen Behandlung zu machen, hinwegsetzen. Das Recht zur Unterrichtung im einzelnen wird sich auch bei Minderjährigen unter 18 Jahren bereits aus dem gewöhnlich von den Erziehungsberechtigten erteilten Behandlungsaufträge ableiten lassen. Eine Unterrichtung sollte aber dann unterbleiben, wenn nach ärztlichem Ermessen die Behandlung des Minderjährigen auch ohne detaillierte Aufklärung der Erziehungsberechtigten sachgemäß durchgeführt werden und von den Erziehungsberechtigten nach ihren persönlichen Verhältnissen eine pflichtgemäße Ausübung ihres Sorge- und Erziehungsrechtes gegenüber dem Minderjährigen nicht erwartet werden kann. Etwas anderes gilt dagegen in der Regelung bei Minderjährigen, die nicht mehr in häuslicher Gemeinschaft mit den erziehungsberechtigten Personen leben, sondern wirtschaftlich und persönlich weitgehend oder völlig selbständig sind. Es handelt sich dabei im wesentlichen um die Minderjährigen zwischen 18 und 21 Jahren, die einen eigenen Beruf ausüben. Ihr Interesse an Geheimhaltung wird in vielen Fällen dem Erziehungsrecht der Erziehungsberechtigten überzuordnen sein, zumal ihr Reifegrad oft schon dem eines Erwachsenen entspricht. Es wird also der Arzt im Einzelfall auf Grund gewissenhafter Prüfung unter Beachtung der aufgezeichneten Gesichtspunkte zu entscheiden haben, wann und in welchem Umfange er die Unterrichtung der Erziehungsberechtigten für erforderlich hält. **BERNHARD (Duisburg)**^{oo}

Werner-Siegfried Kierski: Pflichtverletzungen des Amtsarztes. Bundesgesundheitsblatt 6, 213—216 (1963).

Verf. geht davon aus, daß in jüngerer Zeit der Arzt in der Gesundheitsverwaltung nicht nur beratend tätig wird, sondern mehr und mehr mit Vollzugsaufgaben betraut wird. Diskussion der Frage, ob und inwieweit sich der Amtsarzt durch Unterlassen von Anzeigen an die Behörde einer Pflichtverletzung schuldig machen kann unter verschiedenen Gesichtspunkten.

SPANN (München)

P. L'Epée et J. de Larrard: *Secret professionnel et déclaration d'aptitude au travail.* (Ärztliche Schweigepflicht und Tauglichkeitszeugnis.) [Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France, Marseille, 12. X. 1962.] Ann. Méd. lég. 43, 79—83 (1963).

Für den Berufs- und Werkarzt ergeben sich einige Schwierigkeiten, wenn man die Verordnungen laut Art. 378 des französischen Gesetzbuches über formelle Schweigepflicht strikt anwenden will. — Die von dem Berufsarzt ausgestellten Tauglichkeits- oder Untauglichkeitszeugnisse bilden prinzipiell ein Berufsgeheimnis und sollten nur dem Anträger und nicht direkt dem Arbeitgeber ausgehändigt werden.

A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

Herbert Kleinewefers und Walter Wilts: *Schadenersatzansprüche bei Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht.* Neue jur. Wschr. 16, 2345—2348 (1963).

Daß der Arzt zivilrechtlich haftet, wenn durch Außerachtlassung des Berufsgeheimnisses ein Schaden entsteht, ist unumstritten, ebenso bei einer etwaigen fahrlässigen Offenbarung durch das ärztliche Hilfspersonal. Zweifel bestehen, wenn die Hilfspersonen vorsätzlich das Berufsgeheimnis außer acht lassen, obwohl ihnen die Pflicht zur Geheimhaltung bekannt sein mußte oder bekannt gegeben war. Verff. stellen sich auf den Standpunkt, daß der Arztvertrag so auszulegen sei, daß der Arzt auch für eine schuldhafte Zu widerhandlung der Hilfspersonen einstehen müsse. Nach ihrer Auffassung gibt es aber eine Einschränkung z. B. dann, wenn eine Putzfrau, die ja keine unmittelbare Gehilfin des Arztes ist, unberechtigt dem Schreibtisch eine Krankengeschichte entnimmt und den Inhalt bekannt gibt. Bei Krankenhausbehandlung haftet nach Meinung des Verff. der Träger des Krankenhauses für jeden Schaden, der durch eine schuldhafte Verletzung der Schweigepflicht durch Angestellte und Arbeiter des Krankenhauses entsteht, auch wenn der Betreffende nicht zum eigentlichen ärztlichen Hilfspersonal gehört.

B. MUELLER (Heidelberg)

F. Paetzold: *BGB § 839; GG Art. 34 (Amtspflichtverletzung des Sportlehrers einer staatlichen Schule).* Dem Sportlehrer einer staatlichen Schule obliegt beim Turnunterricht die Amtspflicht, die Schüler vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren. Dazu gehört auch, die schwächlichen Schülern bei schwierigen Übungen drohenden Gefahren zu bedenken und entsprechend Vorsorge zu treffen. (OLG Düsseldorf, Urt. v. 27. 6. 1963, I W 81/82.) Neue jur. Wschr. 16, 2277—2278 (1963).

Titel genügt.

Neue *Gerichtsentscheidung* zur Arzthaftpflicht, vorzeitige Krankenhausentlassung eines Patienten nach Thrombose. Med. Mschr. 17, 447—449 (1963).

Ein Urteil des BGH vom 4. 12. 62 (Vers. R. 1963 S. 168) dem die Klage eines Patienten auf Schadenersatz und Schmerzensgeld wegen vorzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus zugrunde liegt, wird mit Auszügen aus den Gründen besprochen. Die Klage wurde vom BGH abgewiesen, da der Kläger einen „Kunstfehler“ des Arztes nicht nachweisen konnte. Interessant ist die vom BGH vertretene Auffassung in bezug auf das Führen von Krankenblättern: „Das Krankenblatt ist eine Gedächtnisstütze des Arztes, ein von ihm oder für ihn gefertigtes Hilfsmittel, das ihm den jederzeitigen raschen Überblick über den Verlauf der Krankheit und ihre Behandlung ermöglichen und ihm damit vor allem bei der Durchführung der Therapie entlasten soll.“

SPANN (München)

Georg Herold: *Zwangsmitgliedschaft beamteter Ärzte bei der Berufsorganisation nicht verfassungswidrig.* Dtsch. med. Wschr. 88, 722—723 (1963).

Die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 30. 11. 62 (Vf. 79-VII-59), die auf Grund eines Antrages mehrerer beamteter Ärzte ergangen ist, wird zusammen mit einer auszugsweisen Darstellung der Gründe gebracht.

SPANN (München)

Ausstellung unrichtiger Impfzeugnisse. Bundesgesundheitsblatt 7, 39—40 (1964)

Ein Arzt hatte sechs Personen, die nach einem Staat in Westafrika reisen wollten, Zeugnisse über eine erfolgreiche Impfung gegen Pocken, Gelbfieber und Cholera ausgestellt, obwohl die Impfung gar nicht stattgefunden hatte. Der Arzt machte geltend, daß er die Impfung durchgeführt hätte, sofern die betreffenden Personen die Einreiseerlaubnis erhalten hätten; dies war aber sehr fraglich, er wollte es vermeiden, daß überflüssigerweise Impfungen vorgenommen wurden. Es kam zum Verfahren vor dem Berufsgericht, das mit einer Verurteilung endete (Verweis, Geldbuße, Übernahme der Kosten des Verfahrens). Der Einwand des Arztes konnte

nicht berücksichtigt werden, da die Ausstellung von Gefälligkeits-Zeugnissen in der Berufsordnung verboten ist. Eine strafrechtliche Verfolgung aus § 277 StGB scheint nicht erfolgt zu sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

Theodor Hellbrügge: Ärztliche Gesichtspunkte zu einer „begrenzten“ Euthanasie. [Pädiat. Poliklin., Univ., München. (66. Dtsch. Ärztetag, Mannheim, 24.—29. VI. 1963.)] Ärztl. Mitt. (Köln) 60, 1428—1440 (1963).

Die Verabreichung von Analgetica und Narkotica, welche dem Kranken die letzten Leidensstunden erleichtern und deren Wirkung vielleicht das Leben um einige Stunden verkürzt, eine solche begrenzte Euthanasie gehört zu den Grundpflichten des helfenden Arztes und ist nicht Gegenstand der Diskussion. Es geht um die auch als Euthanasie bezeichnete Vernichtung sog. „lebensunwerten“ Lebens, wie sie vor rund 50 Jahren von dem Strafrechtslehrer BINDING und dem Psychiater HOCHÉ in die Diskussion gebracht und empfohlen wurde. Wohin das Ideengut der beiden an sich untadeligen Persönlichkeiten führen kann, zeigte sich in schrecklichster Weise etwa 20 Jahre später in der Zeit des Nationalsozialismus. Verf. schildert unter Bezug auf die Dokumentation von MITSCHERLICH/MIELKE und von PLATEN-HALLERMUND die nationalsozialistischen Vernichtungsaktionen, die sich bald vom „lebensunwerten“ auch auf das „rassisch-unwerte“ Leben ausweiteten. Die geistigen Voraussetzungen, daß eine Medizin ohne Menschlichkeit entstehen konnte, sind auf die Einführung der Rassenhygiene sowie auf die Übertragung darwinistischer Prinzipien auf soziale und staatliche Verhältnisse zurückzuführen — Gedankengänge, die seit der Jahrhundertwende die deutsche Medizin tief durchdrungen haben. CONRAD-MARTIUS hat treffend dargestellt, wie aus dem Keim im Prinzip akzeptabler Überlegungen eine antihumane Grundgesinnung erwuchs. VON WEIZSÄCKER hat auf die einseitige naturwissenschaftlich-biologische Betrachtungsweise der Krankheit hingewiesen, die eine der Ursachen jener Medizin ohne Menschlichkeit ist und sich deshalb zu einer anthropologischen Idee der Medizin bekennt. Verf. fordert entsprechende Konsequenzen für die ärztliche Ausbildung, die der Bedeutung der ärztlichen Ethik für die Krankenbehandlung mehr Aufmerksamkeit schenken müsse. — Die Euthanasie war kein Specificum des Nationalsozialismus, sondern ist ein weltweites Problem der Medizin. Die ärztliche Ablehnung einer auch nur „begrenzten“ Euthanasie, wie sie in jüngster Zeit CATEL wieder zu rechtfertigen versucht hat, muß auch heute unmißverständlich klargestellt werden. Dies hat vor allem der Strafprozeß in Lüttich gezeigt, in dem die Mutter und der Arzt, die ein „Thalidomid-Kind“ getötet hatten, freigesprochen wurden. Ref. glaubt, daß man gegen die ideengeschichtliche Vereinfachung, mit der Verf. die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise in der Medizin inkulpiert, Bedenken haben muß. Die in diesem Zusammenhang gebrachte Gegenüberstellung von naturwissenschaftlicher und „anthropologischer“ Medizin kann leicht mißverstanden werden. Man beachte, daß es K. SCHNEIDER, EWALD und KLEIST waren, die im dritten Reich gegen die Euthanasie Protest eingelegt haben und vom Verf. auch dafür benannt werden. — Im übrigen aber wird man den Ausführungen des Verf. nur zustimmen können und muß ihm für seine klare und bestimmte Stellungnahme zur Euthanasiefrage sehr dankbar sein. WITTER (Homburg/Saar)^{oo}

VwGO § 40 Abs. 1 Satz 1; SGG § 51 Abs. 1 und 3 (Verwaltungsrechtsweg für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten aus der Ärzteversorgung). Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten aus Versorgungseinrichtungen der Ärztekammern ist der Verwaltungsrechtsweg gemäß § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO gegeben. Der Begriff der Sozialversicherung in § 51 Abs. 1 SGG ist auf die klassischen Zweige der Sozialversicherung beschränkt. [BVerwG, Urt. v. 29. 10. 1963 — BVerwG I (43/62 (Münster).] Neue jur. Wschr. 17, 463—466 (1964).

K.-H. Thiele: Ausländische akademische Grade und ihr Führungsrecht in der Bundesrepublik. Med. Klin. 59, 30—31 (1964).

Nach dem Reichsgesetz über die Führung akademischer Grade vom Jahre 1939 bedurfte die Führung eines im Auslande erworbenen akademischen Grades der Genehmigung des Reichsministers für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung (RGBl. I, S. 985). Für die Entscheidung zuständig sind jetzt die Kultusminister der Länder; sie richten sich vielfach nach einem bestehenden oder nicht bestehenden Abkommen über die gegenseitige Anerkennung der akademischen Grade; außerdem pflegen sie die Gleichwertigkeit der Erteilung des Grades im Ausland mit den deutschen Bestimmungen zu untersuchen. Es ist nicht selten, daß die Kultusminister zu verschiedenen Ergebnissen kommen; es gibt strengere und mildere Auffassungen,

die nach und nach bekannt werden. Es kommt vor, daß der Träger des ausländischen akademischen Grades von Land zu Land reist und sich in demjenigen Land niederläßt, in welchem die Anerkennung am leichtesten ist. Verf. regt an, die Ärzteschaft solle sich um Neuregelung des Rechtes ausländischer akademischer Grade und um Vereinheitlichung für das Bundesgebiet bemühen.

B. MUELLER (Heidelberg)

StGB § 223; GG Art. 2, 6 (Züchtigung fremder Kinder). Ein Züchtigungsrecht gegenüber fremden Kindern ist auch dann nicht gegeben, wenn die Züchtigung auf der Stelle erfolgt und in angemessenem Verhältnis zu der Tat des Kindes steht. In solchen Fällen ist aber das Vorliegen eines Verbotsirrtums besonders sorgfältig zu prüfen. (OLG Saarbrücken, Urt. v. 5. 9. 1963 — Ss 16/63.) Neue jur. Wschr. 16, 2379—2381 (1963).

Spuren nachweis, Leichenercheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

M. Muller, G. Biserte, G. Fontaine, R. Havez et A. Furon: *Etude de la spécificité immunologique des chaînes alpha, bêta et gamma des hémoglobines humaines de type adulte et foetal. Intérêt médico-légal.* (Untersuchung der immunologischen Spezifität der Alpha-, Beta- und Gammaglobuline des erwachsenen und fötalen menschlichen Hämoglobins. — Gerichtsmedizinische Bedeutung.) [Labor. Biochim. Path., Fac. de Méd., et Inst. Univ. Méd. Lég., Lille.] Ann. Méd. lég. 43, 319—325 (1963).

Ausgehend von der Überlegung, daß der Anwendung eines Anti-Hämoglobinimmunserums ein besonderer Platz unter den präcipitierten Seren einzuräumen sei, versuchten die Verff. ein brauchbares derartiges Serum durch Immunisierung von Kaninchen zu gewinnen. Bei der geringen Antigen-Eigenschaft des Hämoglobins mußten die Immunisierungsinjektionen häufig wiederholt und gemeinsam mit Hilfssubstanzen (Antigen Freund) gegeben werden. Die bei derartigem Vorgehen gewonnenen Seren waren bei Konzentrationen bis zu 1 g/l spezifisch. Die Erschöpfung der gewonnenen Antihämoglobinseren von Feten und Erwachsenen mit durchschnittlichen Mengen einer α -Kette machte die Antiseren völlig spezifisch gegen fetales Hämoglobin bzw. Erwachsenen-Hämoglobin. Die vorliegende Technik erlaubt die sichere und einfache Diagnose der Blutart in Blutflecken.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

W. Laves und G. Falzi: *Untersuchung zur cytochemischen Identifizierung menschlicher und tierischer Leukozyten. I.* [Inst. f. Gerichtl.- u. Versicherungsmed., Univ. München.] Beitr. gerichtl. Med. 22, 190—195 (1963).

Verff. berichten über Untersuchungen, mit deren Hilfe geprüft werden sollte, welche Wirkung dialysierte menschliche und tierische Härne auf fixierte Blutausstriche, insbesondere auf die weißen Blutzellen menschlichen und tierischen arteigenen und artfremden Blutes, haben: Die lufttrockenen Blutausstriche wurden in Methanol (100% ig) fixiert und in Glaströgen bei 60° C der Harnlösung (die vorher 48 Std lang bei 4° C gegen Leitungswasser — unter Zusatz von 1% Cialit-Lösung 1:5000 zur Vermeidung bakterieller Infektionen — dialysiert und anschließend filtriert worden war) ausgesetzt. Hydrolysedauer: 15 min. Abspülen der Objektträger mit Aqua dest. und Färbung der Ausstriche (May-Grünwald; Feulgenreaktion). Untersuchung im Phasenkontrast und Dunkelfeld. — Ergebnis: Die Harndialysate wirken — wie früher bereits gefunden — praktisch elektiv auf die neutrophilen polymorphkernigen Leukozyten. Die Kernchromatine werden weitgehend aufgelöst, aber auch das Cytoplasma wird so weit verändert, daß keine Färbung mehr eintritt. Menschlicher Harn wirkt auf Menschenblut und — in geringerem Maße — auf Hunde- und Katzenblut, nicht dagegen auf Hammel-, Rinder-, Pferde-, Schweine-, Hühner-, Kaninchen-, Meerschweinchen- und Lamablut. Mit Ausnahme des Hundeurins wirkten die Härne der untersuchten Tierarten nicht auf die eigenen weißen Blutzellen; Härne von Rindern, Hammeln, Hunden und Pferden zeigten intensive Abbauwirkung auf menschliche Neutrophile, eine geringere auf die Neutrophilen von Hunden und Katzen. Verff. weisen darauf hin, daß sich aus diesen Befunden offenbar neue Möglichkeiten von forensisch wichtigen Zelldifferenzierungen ergeben.

GRÜNER (Frankfurt a. M.)